



MINISTERIO
DE CIENCIA, INNOVACIÓN
Y UNIVERSIDADES



Informe epidemiológico sobre la situación de la tuberculosis en España. Año 2016

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Elaboración del informe, así como en la depuración, análisis y validación de los datos

En el Centro Nacional epidemiología del ISCIII: Francisco Rodríguez-Cabrera. Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Elena V. Martínez Sánchez. Área de Análisis en Vigilancia Epidemiológica. Elena Ojeda Ruiz. Área de Análisis en Vigilancia Epidemiológica. Rosa Cano Portero. Área de Análisis en Vigilancia Epidemiológica.

En las Comunidades Autónomas: Responsables de la vigilancia y notificación de casos de tuberculosis.

Cita sugerida: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Informe epidemiológico sobre la situación de la tuberculosis en España. Año 2016.

Agradecimientos: A las personas que trabajan en los distintos niveles de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y en los Programas de tuberculosis, en las Comunidades Autónomas y en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. También queremos agradecer la colaboración del laboratorio de micobacterias del Centro Nacional de Microbiología (ISCIII, Madrid), así como a las personas que desempeñan su trabajo en los laboratorios de microbiología clínica.

Introducción

La tuberculosis (TB) sigue siendo un problema de salud pública a pesar de los esfuerzos realizados para su control. En 2014, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la estrategia “Fin a la tuberculosis”. Esta estrategia establece objetivos e indicadores comunes globales y recomendaciones en las políticas sanitarias de los países para la prevención de la infección y el refuerzo a la investigación. La estrategia incorpora metas con diversos horizontes temporales entre 2020 y 2035. De manera global, para 2035 se debe de haber reducido la mortalidad un 95% y un 90% la incidencia de TB comparadas con las cifras de 2015 y, no debe de haber ningún hogar que experimente costes catastróficos por haber contraído la enfermedad.

Aunque la mayoría de los casos se deben a la reactivación de una infección latente adquirida con anterioridad, la transmisión de esta enfermedad sigue produciéndose dando lugar a su difusión en la población y a brotes. La eliminación de la TB requiere hacer un esfuerzo de identificación y prevención de los casos de infección tuberculosa latente (ITL) en general y especialmente en población vulnerables.

Con la información de la vigilancia de esta enfermedad que realiza la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) se ha realizado el siguiente informe sobre las características epidemiológicas y de la presentación de esta enfermedad en nuestro país en 2016.

Métodos

Se analizaron los casos de tuberculosis notificados a través de la declaración individualizada de la RENAVE. La extracción de los datos se realizó el 21 de mayo de 2018, con información procedente de cada una de las 17 comunidades autónomas y las dos ciudades autónomas.

La definición de caso es del protocolo de vigilancia de la RENAVE. Se incluyeron los casos diagnosticados de tuberculosis dentro del año epidemiológico 2016 (que comprendía el periodo del 4 de enero de 2016 hasta 1 de enero de 2017, ambos inclusive). Como se establece en el protocolo, en la actualidad, se deben notificar todos los casos de tuberculosis diagnosticados, estén o no confirmados microbiológicamente, actualizándose los resultados de tratamiento el año posterior al de notificación del caso.

En el protocolo de vigilancia se considera brote la aparición de uno o más casos de tuberculosis a partir de un mismo caso índice en un período de un año desde que se diagnosticó el caso primario. Además, se considerarán las agrupaciones de casos establecidas por técnicas moleculares.

Se realizó un análisis descriptivo a partir de las variables recogidas en el protocolo. Se excluyeron los casos notificados como importados de otro país. Se localizó cada caso en una comunidad autónoma en función de su lugar de residencia habitual. Para el cálculo de tasas de incidencia, la población se extrajo de las estimaciones del censo demográfico del Instituto Nacional de Estadística (INE) para el 1 de julio 2016. De este organismo también se estimó el número de personas sin hogar a partir de la Encuesta de Personas Sin Hogar de 2012. El número de personas en centros penitenciarios se obtuvo mediante las estadísticas de población reclusa en 2016 del Ministerio del Interior.

En 2 casos no se dispuso del valor de la edad aunque sí de la fecha de nacimiento, razón por la que se imputó dividiendo por 365,25 el número de días vividos el día del diagnóstico y aproximando por truncamiento. En los resultados de tratamiento se diferencia aquellas muertes atribuidas a la tuberculosis de las atribuidas a otras causas, por lo que en los resultados se han explicitado para ambas categorías.

Dado que la variable categoría diagnóstica está cumplimentada en todos los casos pero no es así para la variable localización fundamental (es una variable de reciente inclusión en los protocolos), se combinó la información de ambas variables para clasificar los casos de acuerdo con la información de esta última y poder mantener las series en el análisis. Los casos en los que la localización fundamental fue la pulmonar se incluyeron en la opción “respiratoria-pulmonar” y los casos notificados en la categoría de tuberculosis respiratoria pero que se notificaron como otras localizaciones no pulmonares, incluyendo los de localización fundamental desconocida, se agruparon en la opción de “respiratoria- no pulmonar”. El resto se clasificaron como “otra localización”.

Se define como cepas de tuberculosis multirresistente (MDR) a aquellas cepas de *M. tuberculosis* resistentes al menos a isoniazida y rifampicina. Se definen como cepas de tuberculosis extremadamente resistente (XDR) aquellas que, además de ser MDR, presentan resistencia a alguna fluoroquinolona, y a uno o más de los fármacos de segunda línea inyectables (amikacina, capreomicina o kanamicina).

Resultados de la vigilancia de la tuberculosis en España

Descripción del número e incidencia de casos declarados

Durante el año 2016, se notificaron 4940 casos, de los que 118 fueron identificados como importados. Para este informe se consideraron los 4.822 casos notificados no importados, cuya tasa de incidencia fue de 10,38 casos por 100.000 habitantes, lo que supuso un 2% de reducción con respecto al año 2015.

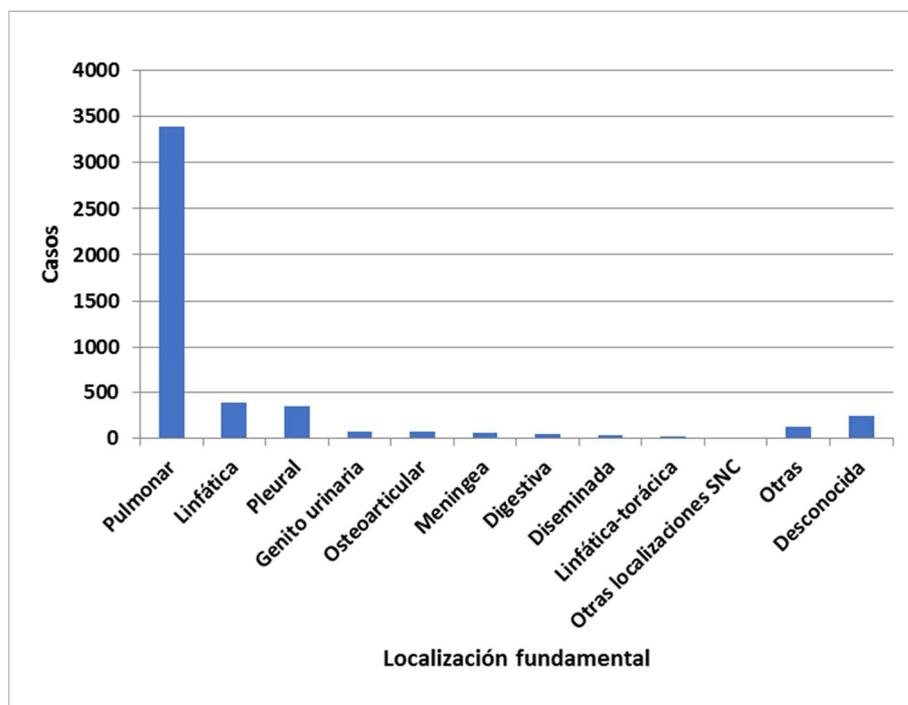
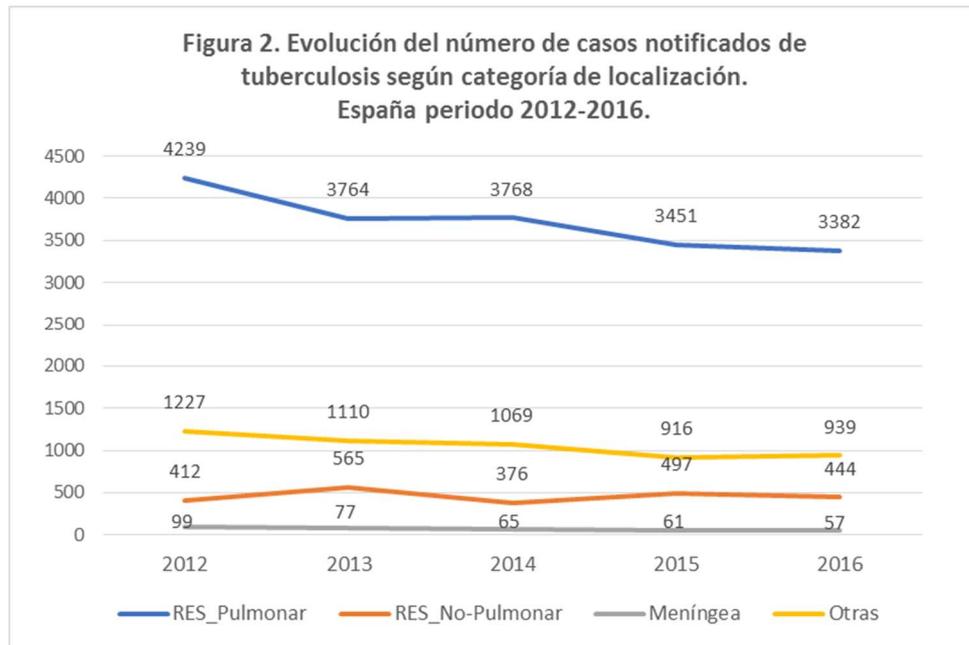


Figura 1. Distribución del número del total de casos notificados de tuberculosis según localización. España 2016.

De acuerdo a la localización fundamental, 3.382 casos correspondieron a tuberculosis pulmonar, 57 casos de tuberculosis meníngea y 1.143 casos de tuberculosis en otras localizaciones. En 240 casos no se detalló esta localización (Figura 1).

Para poder asignar los 240 casos de los que no se notificó la localización fundamental de la enfermedad pero sí se disponía de información de la variable categoría, se creó una nueva variable para combinar la información de ambas. Esta nueva distribución se aplicó al periodo de estudio 2012-2016 para ver la evolución (Figura 2). Como se puede observar, la tendencia es descendente desde 2012 para todas las formas de presentación, aunque en 2016, se produjo un ligero aumento de los casos englobados en el epígrafe de tuberculosis con otras formas de presentación.



RES_Pulmonar: Tuberculosis respiratoria de localización pulmonar

RES_No-Pulmonar: Tuberculosis respiratoria de otras localizaciones no pulmonares y desconocida

Figura 2. Evolución del número de casos notificados de tuberculosis según categoría de localización. España 2012-2016.

La incidencia de casos notificados por 100.000 habitantes fue: 7,28 para los casos con tuberculosis pulmonar, 0,96 para los casos con tuberculosis respiratoria no-pulmonar, 0,12 en tuberculosis menígea y 2,02 en el conjunto del resto de formas de tuberculosis. La reducción del número de casos con respecto a años previos fue a expensas, en gran medida, a las formas pulmonares. Se observó una mayor tasa de notificación en las comunidades autónomas del norte de España en Ceuta y en Melilla. El rango osciló entre la tasa más elevada en Galicia con 29,79 (564 casos) y la más baja en Canarias con 5,36 (115 casos). Ceuta notificó 20 casos (tasa de 23,61) y Melilla notificó 15 casos (tasa de 17,71) (Figura 3 y tabla 1).

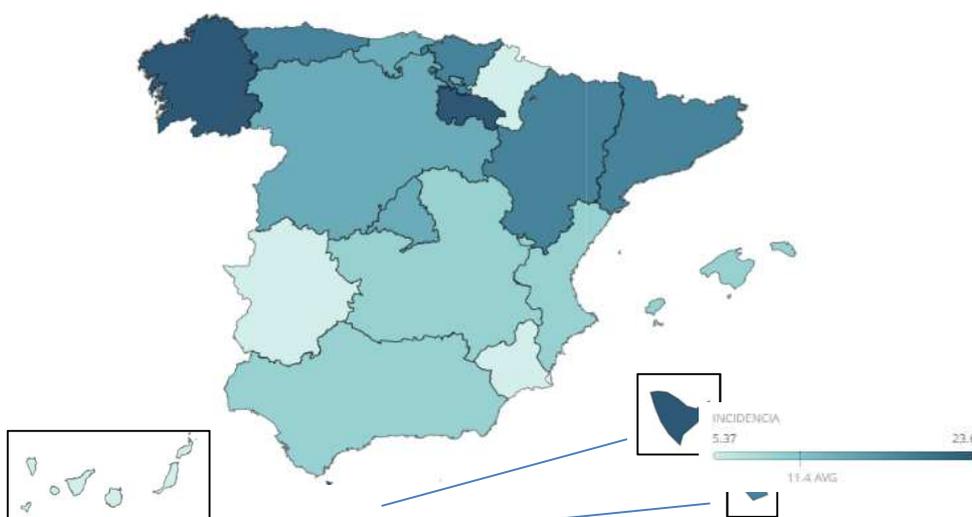


Figura 3. Tasas de notificación por 100.000 habitantes de tuberculosis por comunidades autónomas. España 2016.

Estas diferencias territoriales se mantuvieron al analizar la incidencia por categoría de localización y comunidades autónomas (tabla 1).

Tabla 1. Casos y tasas de tuberculosis notificados según categoría de localización. España 2016.

Lugar de residencia	Respiratoria				Meningitis		Otra		Total	
	Pulmonar		No-pulmonar		Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
	Casos	Tasas	Casos	Tasas						
Andalucía	452	5,38	71	0,84	7	0,08	108	1,29	638	7,59
Aragón	122	9,27			3	0,23	47	3,57	172	13,06
Asturias	85	8,20	16	1,54			26	2,51	127	12,25
Baleares	67	5,86			3	0,26	26	2,27	96	8,40
Canarias	88	4,11	15	0,70			11	0,51	114	5,32
Cantabria	47	8,08	9	1,55	1	0,17	8	1,38	65	11,18
C. La Mancha	125	6,12	4	0,20	3	0,15	36	1,76	168	8,22
Castilla y León	168	6,87	42	1,72	4	0,16	33	1,35	247	10,11
Cataluña	639	8,62	74	1,00	8	0,11	230	3,10	951	12,82
C. Valenciana	330	6,70	42	0,85	6	0,12	59	1,20	437	8,87
Extremadura	52	4,81	6	0,55	2	0,18	8	0,74	68	6,29
Galicia	370	13,64	63	2,32	10	0,37	121	4,46	564	20,79
Madrid	490	7,60	54	0,84	4	0,06	125	1,94	673	10,44
Murcia	85	5,79	11	0,75	2	0,14	12	0,82	110	7,49
Navarra	32	5,01	3	0,47			7	1,10	42	6,58
País Vasco	174	8,04	25	1,15	2	0,09	74	3,42	275	12,70
La Rioja	30	9,60	1	0,32			3	0,96	34	11,51
Ceuta	13	15,34	4	4,72	1	1,18	2	2,36	20	23,61
Melilla	9	10,63	4	4,72	1	1,18	1	1,18	15	17,71
Extracomunitarios	4						2		6	
Total	3.382	7,28	444	0,96	57	0,12	939	2,02	4.822	10,38

En la evolución mensual de los casos durante el periodo 2012-2016 se observó un mayor número de casos de tuberculosis en el primer semestre, siendo, por orden de frecuencia, los meses de mayo, abril y julio aquellos con mayor número de casos notificados (marcados en amarillo en la Figura 4).

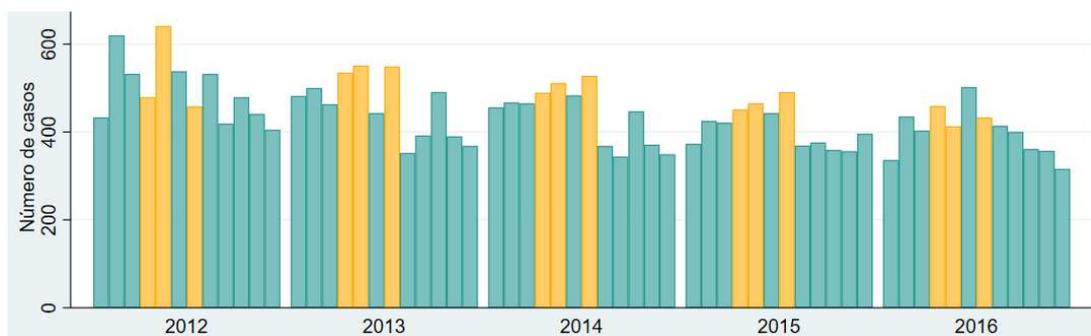
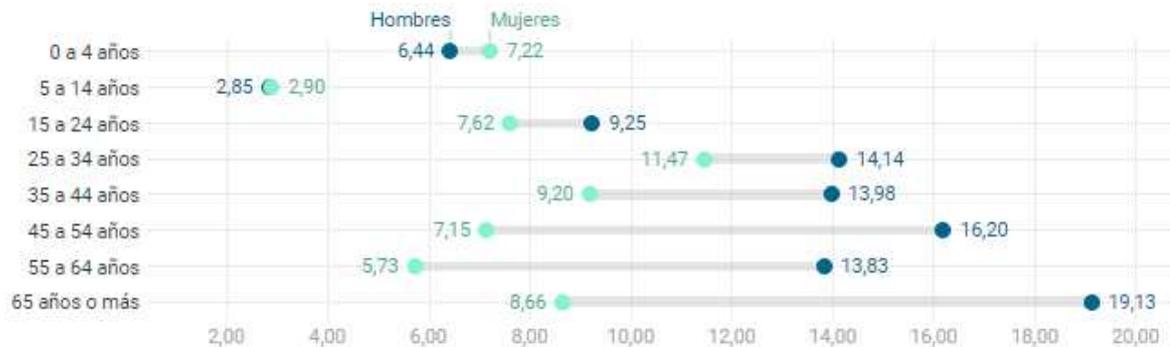


Figura 4. Número de casos declarados de tuberculosis por mes de asignación del caso. España 2012-2016.

Características de los casos de tuberculosis declarados en 2016

El mayor número de casos de tuberculosis se produjo en hombres (2.987 casos, 62% del total), con una razón hombre/mujer de 1,6. La mediana de edad fue de 39 años (RIQ 28-58) en mujeres, y 46 (RIQ 33-61) en hombres ($p < 0,001$). En 1 caso no se detalló el sexo. La incidencia de tuberculosis declarada en 2016 fue de 13,0 casos por cada 100.000 hombres, y 7,8 casos por cada 100.000 mujeres.

Respecto a las tasas específicas por edad y sexo, en mujeres la incidencia más elevada correspondió al grupo entre 25 y 34 años. En hombres, fueron los mayores de 65 y aquellos con 45 a 54 años los grupos con mayores incidencias. Para ambos sexos, la distribución por edad fue similar a la del año 2015.



En verde se representa las incidencias de notificación en mujeres, y en azul oscuro las correspondientes a hombres.

Figura 5. Tasas de notificación de tuberculosis por grupos de edad y sexo. España 2016.

Las tres localizaciones de la enfermedad más frecuentes fueron tuberculosis pulmonar (74%), tuberculosis linfática (8,5%) y tuberculosis pleural (7,7%). Dentro de las tuberculosis linfáticas, únicamente el 4,9% fueron informadas como intratorácicas.

Si, además de la edad tenemos en cuenta la localización, las tasas de incidencia de las formas pulmonares en mujeres disminuyeron según avanza la de edad a partir de los 25 años y en el grupo de 65 y más años aumentaron ligeramente. Para los hombres, en contraposición, las tasas se incrementaron hasta alcanzar la incidencia más elevada en los casos de 65 y más años. En los casos con presentación respiratoria no-pulmonar, la incidencia descendió con el aumento de la edad tanto para hombres como para mujeres, excepto para los casos con 65 y más años donde se alcanzó la incidencia en hombres más elevada. Para las formas de presentación meníngeas, las mayores tasas de incidencia estuvieron en el grupo de 0 a 4 años en mujeres y los estratos de edad de 55 años en adelante (en mujeres). Finalmente, la incidencia de las otras formas disminuye a partir de los 25 años para hombres y mujeres y las tasas más elevadas se dan en personas con 65 y más años.

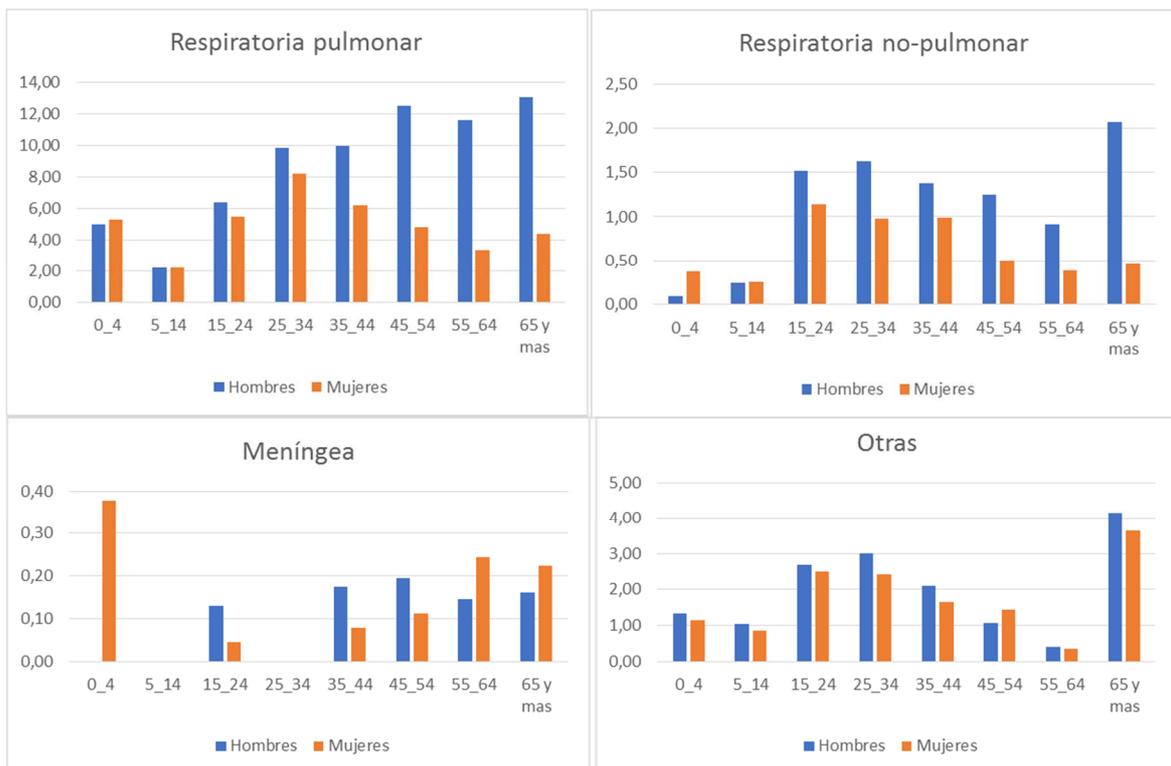


Figura 6. Tasas de notificación de tuberculosis según la categoría de localización, grupo de edad y sexo. España 2016.

Resultados de laboratorio

Se notificaron 3.513 casos confirmados (3.478 confirmados por cultivo y 35 con baciloscopia y detección antígeno) lo que supuso el 73% del total de casos declarados. En conjunto se dispuso de resultados de laboratorio (baciloscopia y/o cultivo positivo o negativo) en 4.187 casos, de los que 1.652 fueron positivos a ambas pruebas. De los 3.382 casos que se notificaron de tuberculosis pulmonar, hubo 1.692 bacilíferos (50%). De los 3.513 casos confirmados, se especificó el agente en 3.478 (99%), 1.362 se notificaron como *M. tuberculosis*, 32 *M. bovis*, 4 *M. caprae*, 3 *M. africanum*. En el resto (2.077) se señaló *M. tuberculosis complex* sin especificar.

Tabla 2. Características de los casos de tuberculosis declarados por cada una de las categorías de localización. España 2016.

	Respiratoria				Meningea		Otra		Total	
	Pulmonar		No-pulmonar							
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Casos	3.382		444		57		939		4.822	
Incidencia (casos/100.000 h)	7,28		0,96		0,12		2,02		10,38	
Sexo										
Hombre	2.192	64,8	291	65,5	27	47,4	477	50,8	2.987	61,9
Mujer	1.189	35,1	153	34,5	30	52,6	462	49,2	1.834	38,0
Sin información	1	0,03							1	0,02
Grupo de edad										
0 a 4 años	111	3,3	5	1,1	4	7,0	27	2,9	147	3,0
5 a 14 años	106	3,1	12	2,7	0	0,0	21	2,2	139	2,9
15 a 24 años	267	7,9	60	13,5	4	7,0	46	4,9	377	7,8
25 a 34 años	521	15,4	75	16,9	0	0,0	117	12,5	713	14,8
35 a 44 años	638	18,9	93	20,9	10	17,5	157	16,7	898	18,6
45 a 54 años	620	18,3	63	14,4	11	19,3	147	15,7	841	17,4
55 a 64 años	417	12,3	36	8,1	11	19,3	90	9,6	554	11,5
≥ 65 años	702	20,7	100	22,5	17	29,8	334	35,6	1.153	23,9
País de nacimiento										
España	2.047	60,5	266	59,9	37	64,9	527	56,1	2.877	59,7
Fuera de España	896	26,5	104	23,4	10	17,5	306	32,6	1.316	27,3
Sin información	439	13,0	74	16,7	10	17,5	106	11,3	629	13,0
Estatus del caso										
Caso nuevo	2.025	59,9	269	60,6	35	61,4	541	57,6	2.870	59,5
Tratamiento previo	104	3,1	5	1,1	0	0,0	25	2,7	134	2,8
Sin información	1.253	37,0	170	38,3	22	38,6	373	39,7	1.818	37,6
Baciloscopia										
Positiva	1.692	50,0	32	7,2	2	3,5	103	11,0	1.829	37,9
Negativa	1.543	45,6	341	76,8	40	70,2	633	67,4	2.557	53,0
NR*/Sin información	147	4,3	71	16,0	15	26,3	203	21,6	436	9,0
Cultivo										
Positivo	2.761	81,7	201	45,3	18	31,6	498	53,0	3.478	72,2
Negativo	410	12,1	179	40,3	25	43,9	245	26,1	859	17,8
NR*/Sin información	211	6,2	64	14,4	14	24,6	196	20,9	485	10,0
Estatus frente al VIH										
Positivo	160	4,7	10	2,3	9	15,8	42	4,5	221	4,6
Negativo	2.319	68,6	303	68,2	37	64,9	673	71,7	3.332	69,1
NR*/Sin información	903	26,7	131	29,5	11	19,3	224	23,9	1.269	26,3

*NR: No realizado

Tratamiento previo

Un 59,5% de los casos (2.870 casos) fueron notificados como casos nuevos, es decir, no habían recibido tratamiento previo antituberculoso. El 2,8% (134 casos) lo había recibido anteriormente y en el 37,6% (1.818 casos) no se disponía de esta información. Siete comunidades autónomas dieron esta información para todos los casos declarados (944 casos), dos comunidades autónomas no reportaron esta variable (1.589 casos) y el resto detalló esta información en el 90% (2.060) de los casos con un rango de 85,3% y 99,8% de los casos. Entre las personas que se detalló esta variable y figuraba que habían tenido tratamiento previo, el 4,1% del total de mujeres y el 4,6% del total de hombres había recibido tratamiento previamente de, al menos, un mes de duración.

Tuberculosis en menores de 15 años

Durante 2016 se notificaron 286 casos en menores de 15 años (147 en menores de 5 años y 139 en el grupo de 5 a 14 años). Esto supone la menor incidencia de casos en el periodo 2012-2016 en España (Figura 7). La razón entre la incidencia en niños y adultos fue 0,33 (4,10/12,24) inferior a la del año previo (0,48). En el grupo de menores de 5 años se registraron 4 casos de tuberculosis meningea.

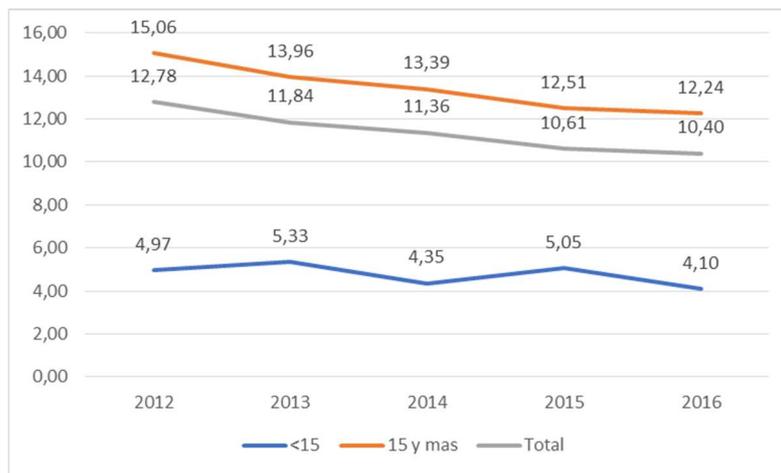
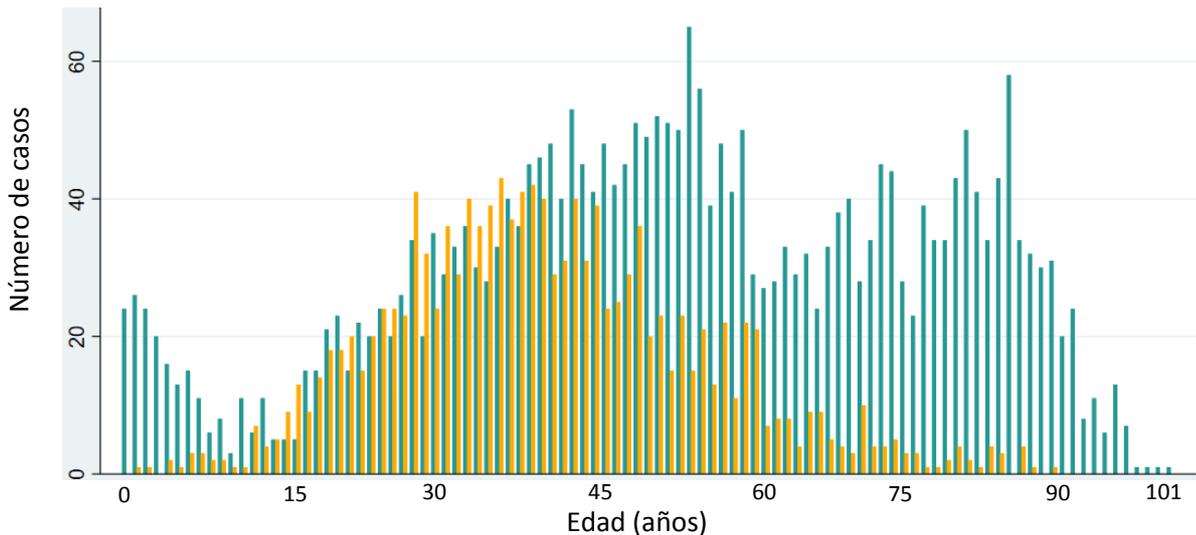


Figura 7. Evolución de las tasas de notificación de tuberculosis en personas adultas y personas menores de 15 años de edad. España 2012-2016.

Tuberculosis según el país de nacimiento

En el año 2016, el 27,3% (1.320) de los casos declarados de tuberculosis nacieron en un país diferente de España. La razón de mujeres/hombres resultó similar entre ambos grupos. Con respecto a la distribución de edad, sí se observaron marcadas diferencias (Figura 8). Se excluyeron 629 casos del análisis (13%) cuyo lugar de nacimiento se desconoce.



Nota: En azul los casos de personas nacidas en España y en naranja los que nacieron en otro país.

Figura 8. Distribución del número de casos por año de edad en función del lugar de nacimiento. España 2016.

En personas nacidas en España, una proporción alta de los casos se dieron en la infancia y senectud (39,5% de los casos en menores de 15 años o mayores de 65 años), mientras en personas nacidas en otro país los casos de tuberculosis se concentraron especialmente en el grupo de población de mediana edad (90,2% de los casos tenía una edad entre 15 y 65 años). En la Figura 9 se observan las diferencias en las tasas de incidencia por grupos de edad entre las personas nacidas en España y aquellas nacidas en otros países.

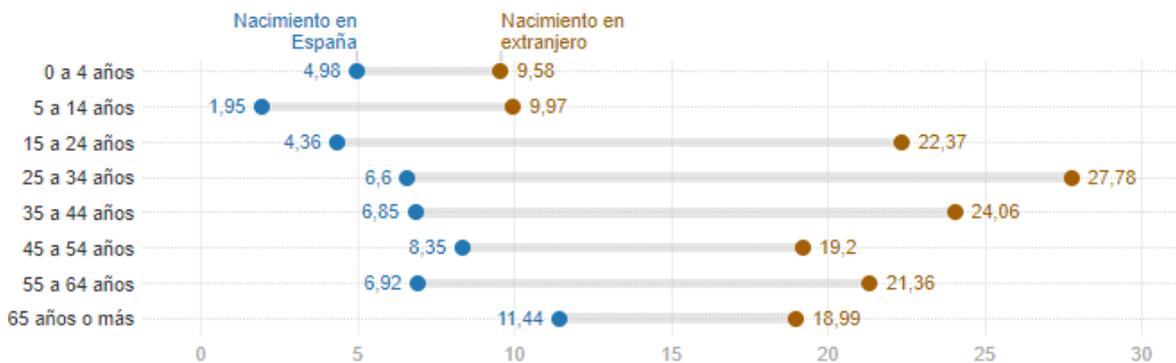
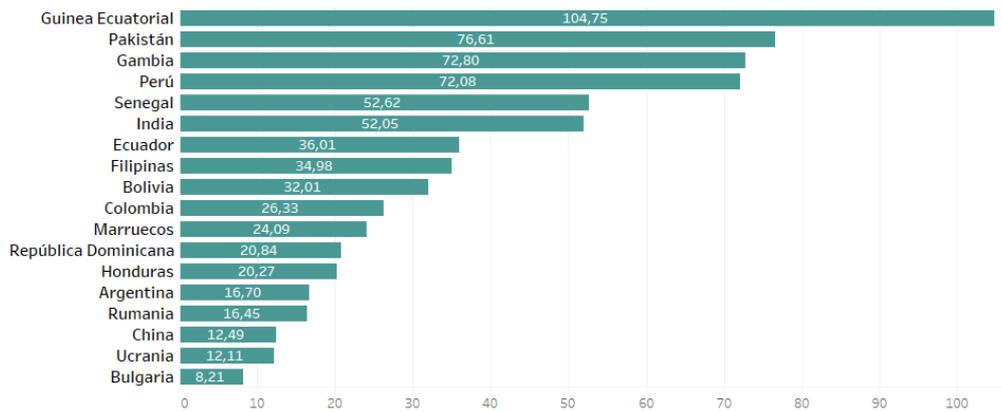


Figura 9. Tasas de notificación de tuberculosis por grupos de edad y lugar de nacimiento (casos por 100.000 habitantes). España 2016.

Sin embargo, existió un porcentaje relevante de casos cuyo lugar de nacimiento no fue informado (13%). Dado que la distribución de los valores perdidos podría no ser aleatoria, para valorar el impacto de los valores perdidos, todos los casos cuyo lugar de nacimiento no fue detallado se imputaron como nacidos en España. A los 629 casos sin información del lugar de nacimiento, se añaden 446 casos que se rellenaron exclusivamente como “no español”, sin otros detalles. No hubo información del país de nacimiento, por tanto, en el 22,2% de los casos notificados en 2016. Al analizar el lugar de nacimiento en aquellos casos que sí se informaba, las personas nacidas en Marruecos (182) y Rumanía (118) representaron los grupos más numerosos. No obstante, si se tiene en cuenta el número total de habitantes nacidos en ese país que residen en España, Guinea Ecuatorial, Pakistán, Gambia y Perú fueron los países de nacimiento con mayor incidencia de notificación de tuberculosis (Figura 10).



Nota: No se incluyen los países de nacimiento con menos de 10 casos notificados.

Figura 10. Tasa de casos de tuberculosis por 100.000 residentes según el país de nacimiento del caso. España 2016. La tasa se calculó utilizando como denominador el número de habitantes nacidos en los distintos países y que residen en España.

En 476 casos (36% de las personas informadas como nacidas fuera de España), se detalló el año de llegada. Dentro de este grupo, el 10,1% de los casos había llegado en los dos últimos años, el 1,4% llevaba residiendo en España entre 3 y 5 años, el 28,4% entre 6 y 10 años y el 49,1% más de 10 años.

Co-infección tuberculosis-VIH

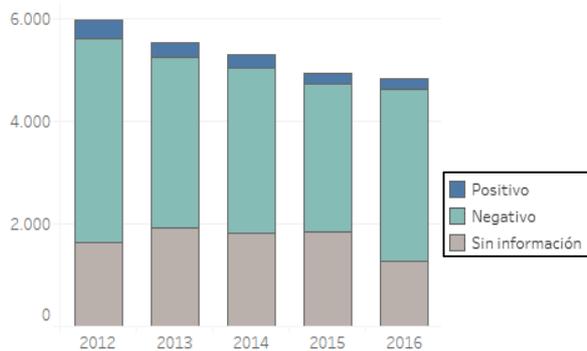


Figura 11. Evolución del estatus de VIH para casos notificados de tuberculosis. España 2012-2016.

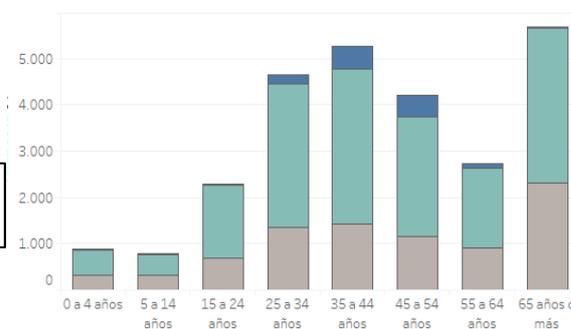
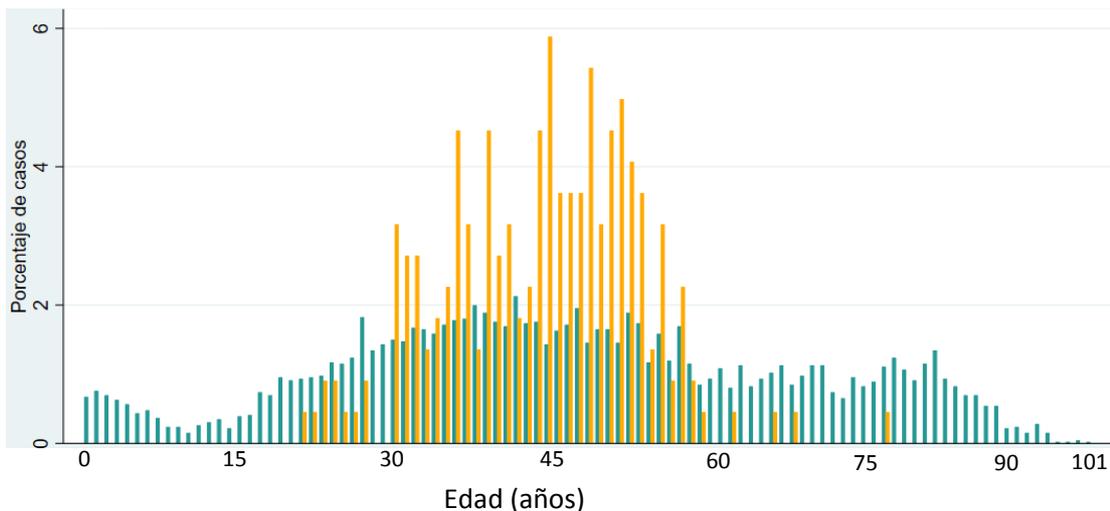


Figura 12. Casos notificados de tuberculosis por grupos de edad y estatus de VIH. España 2016.

Durante el año 2016, se realizó la prueba del VIH el 73,7% del total de los casos. En el 26,3% no se envió información en este aspecto. Se declararon 221 casos de tuberculosis positivos para VIH, lo que supone un 4,6% del total y un 6,2% de las personas en las que se detalló información sobre el estado de infección por el VIH.

De forma similar a 2015, los grupos de edad donde se concentraron la mayor parte de los casos VIH positivos son los de 45 y 54 años y 35 a 44 años. No se declaró ningún caso de tuberculosis positivo al VIH en menores de 15 años. La razón hombre/mujer fue de 3,9. Las distribuciones de edad de los casos con VIH positivo resultaron similares en hombres y mujeres (ambas medianas de 45 años, RIQ 37-58 años).

Cuando se compara con el resto de la población, las medianas de edad y percentiles resultaron similares. No obstante, la distribución de los casos de VIH se concentra en la mediana edad, con ningún caso en infancia y senectud.



Nota: En naranja los casos con diagnóstico de VIH positivo y en azul el resto de casos notificados.

Figura 13. Distribución del número de casos de tuberculosis por cada año de edad según estatus de VIH. España 2016.

Respecto a otras características, entre los casos declarados con infección por VIH hubo un mayor porcentaje de previamente tratados que en el resto de los casos (12,6% frente a 4,1%), y una mayor proporción de confirmados por cultivo (85,6% frente a 79,9%).

Si se estudian los resultados del tratamiento de tuberculosis en 2015 de este colectivo, los casos de tuberculosis VIH positivos tuvieron un tratamiento satisfactorio en el 72,3%, comparado con el 85,4% del resto de casos ($p < 0,001$).

Ámbito de adquisición

En 168 (3,5%) de los casos se informó del ámbito de adquisición de la tuberculosis. 94 de ellos fueron informados como "Otra causa". (92% de ellos provinieron de una misma comunidad autónoma, que reportó un 96% de los casos en esa categoría).

Se informaron 29 casos cuyo ámbito fue penitenciario, representando una incidencia de 48,67 casos declarados de tuberculosis por 100.000 personas reclusas en España. Esto supone un 368% más que la incidencia poblacional de tuberculosis.

Se informaron 22 casos notificados como personas sin hogar, lo que representaría una incidencia de 95,91 casos declarados de tuberculosis por 100.000 personas sin hogar en España. Esto supone un 822% más que la incidencia poblacional de tuberculosis.

Resultados de finalización del tratamiento de los casos de 2015

Dado el carácter prolongado del tratamiento de tuberculosis, el análisis de los resultados del tratamiento se realiza con los casos del año anterior al analizado. Además, tal y como recomienda el Centro Europeo de Control de Enfermedades, dentro de este informe se agrupan en una categoría ("resultado satisfactorio") los resultados de curación y tratamiento completo. Las categorías empleadas para la clasificación de los resultados del tratamiento son las del protocolo de tuberculosis.

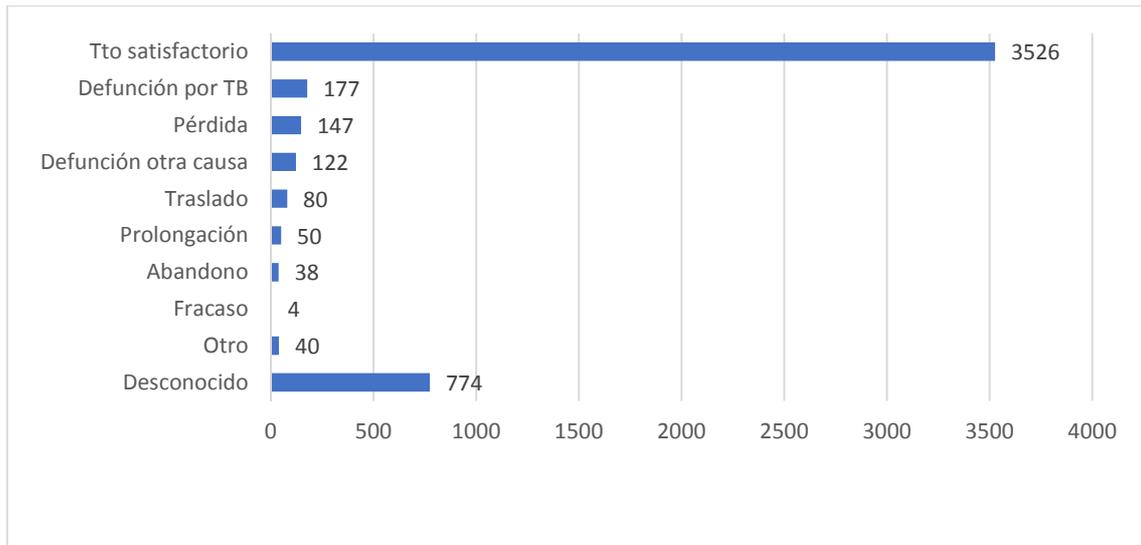


Figura 14. Número de casos sobre el total de casos declarados de tuberculosis según resultado de tratamiento. España 2015.

Se detalló información sobre el resultado del tratamiento en 4.184 de los casos notificados en 2015 (84,4%) y en el 84,3% de éstos, el resultado del tratamiento fue satisfactorio (1.709 casos detallados como tratamiento completo y 1.817 como curación). De los 3.483 casos que en 2015 se declararon como casos nuevos de tuberculosis pulmonar, en el 84,2% de los casos hubo información del resultado del tratamiento y en el 83,7% (2454/2933) de los casos se detalló que fue un resultado satisfactorio. En los casos de 2014 se recibió información de los resultados de tratamiento en el 88,7% de los casos y el resultado de tratamiento satisfactorio fue en el 86% en estos casos con información.

Brotos de tuberculosis

Durante el periodo 2012-2016, se declararon una media de 91 brotes de tuberculosis al año (tabla 3). En 2016 se notificaron 60 brotes 28 menos que el año anterior. El mayor porcentaje de brotes declarados correspondió a aquellos que se producen en el ámbito familiar (77,5% para el total del periodo). Le sigue el grupo de brotes en la categoría otros (11,3%), que es muy heterogéneo y suele referirse a brotes de origen laboral, le sigue en frecuencia los que se dan en el ámbito escolar (escuelas y guarderías) (6,6%).

Si se analiza la distribución del número de casos enfermos por cada brote de tuberculosis, se puede observar que el impacto de los brotes en la incidencia global de tuberculosis es menor. De hecho, en el 68,7% de los brotes sólo se produjeron dos casos de tuberculosis, elevándose a un 94,3% del total si se incluyen los brotes con tres y cuatro casos (ver Figura 15). Destaca el descenso del número de brotes en otros ámbitos, especialmente, en el ámbito escolar.

Tabla 3. Número de brotes de tuberculosis notificados según ámbito de presentación. España 2012-2016.

Ámbito	2012	2013	2014	2015	2016	Total (%)
Desconocido	2	7	2	1		12 (2,6)
Escolar	14	8	2	4	2	30 (6,6)
Hogar	51	110	68	72	50	351 (77,5)
Otros	11	17	6	10	7	51 (11,3)
Prisión		2	1		1	4 (0,9)
Restauración		2				2 (0,4)
Instituciones sanitarias y sociosanitarias			2	1		3 (0,7)
Total	78	146	81	88	60	453 (100)

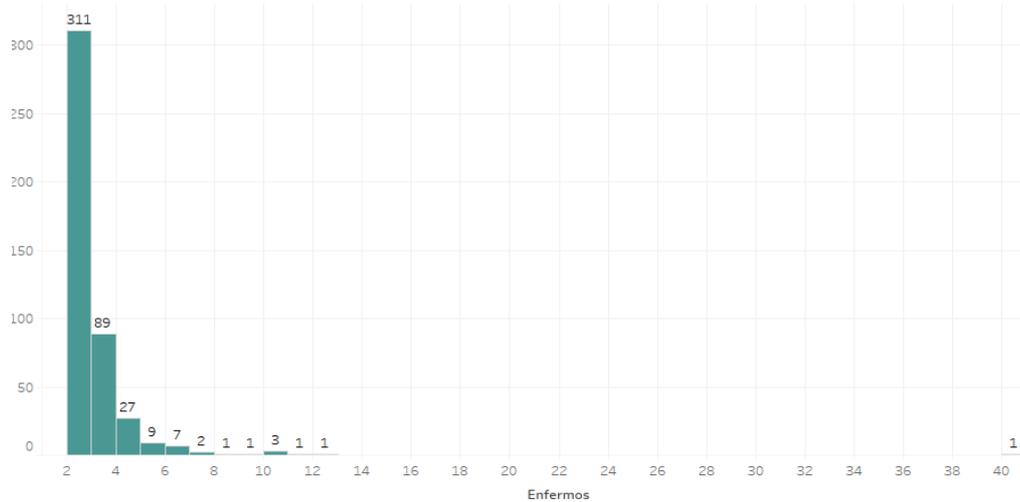


Figura 15. Número brotes notificados de tuberculosis según tamaño (número de casos). España 2012-2016.

Pruebas de sensibilidad a los fármacos antituberculosos

En el año 2016 se dispuso de resultados sobre las pruebas de sensibilidad en 941 casos del total de declarados no importados y 10 de ellos se declararon como tuberculosis multirresistente. Siete casos fueron tuberculosis pulmonares, 2 linfática y 1 de localización pleural. Cinco tenían menos de 35 años (2 en el grupo de 15 a 24 años y 3 en el de 25 a 34). No hubo casos declarados como tuberculosis extremadamente resistente en el año 2016, Sin embargo, en alguno de los casos notificados como multirresistentes no hay resultado del antibiograma ampliado para poder valorar esta situación.

Discusión

Las tasas de incidencia de tuberculosis en España siguen una tendencia descendente. En todas las localizaciones se observó un descenso en las tasas, con las únicas excepciones de la tuberculosis pleural y la tuberculosis linfática. Este es, además, el quinto año consecutivo de disminución de tasas de meningitis tuberculosa. No obstante, aunque se ha logrado una reducción del 2% de la incidencia, la OMS ha estimado para los países de baja incidencia que sería necesario una disminución anual del 4% para llegar a la eliminación en 2050. Para lograr este objetivo, los datos apuntan a que se necesitan esfuerzos adicionales.

En relación a los fallecimientos durante el tratamiento, se distingue entre la muerte por tuberculosis de la muerte debida a otras causas. En una enfermedad donde los estratos de mayor edad son uno de los grupos de riesgo, esta distinción es especialmente relevante. Al distinguir entre ambas categorías, vemos que un 3% de los fallecimientos se atribuyeron a otras causas.

Si se analizan los casos declarados en 2015 con detalle del resultado de tratamiento, se observa un ligero empeoramiento con respecto a los casos declarados en 2014, con un 1,7% menos de casos con “tratamiento satisfactorio”. Si no incluyéramos a las personas fallecidas por causas distintas a la tuberculosis, el porcentaje de tratamientos satisfactorios sería del 86% entre los casos detallados. Todavía tenemos un elevado porcentaje de casos en los que los resultados de tratamiento no fueron informados (15,6%).

Las cifras de casos coinfectados con VIH han supuesto un ligero aumento (de 217 casos en 2015 a 221 en 2016), si bien disminuyen con respecto a 2014 (cuando hubo 237 casos). Esta cifra, que supone un 6,2% de los casos con estatus conocido para VIH, supone un porcentaje mayor que en el resto de la Unión Europea, donde se reportó un 5,3% para el mismo año. Hay que incidir en la recogida de información en estos grupos. La infección por VIH es uno de los principales factores de riesgo para la reactivación de la infección tuberculosa latente, y mientras que el riesgo de desarrollar tuberculosis en una persona inmunocompetente es del 10% a lo largo de su vida, para una infectada por VIH es del 15% anual.

Tanto las guías nacionales como internacionales (ECDC y OMS) recomiendan que a todos los casos de tuberculosis confirmados por cultivo se les haga test de susceptibilidad microbiana al menos a los fármacos antituberculosos de primera línea. En España esta información sigue sin ser representativa en el nivel nacional y no es notificada por todas las comunidades autónomas.

En este informe se exponen nuevos análisis en lo relativo a personas en centros penitenciarios y sin hogar. No obstante, existe un alto número de comunidades autónomas que no notifican este detalle, esto dificulta la valoración de la presentación de la enfermedad en estos grupos.

Conclusiones y recomendaciones

- 1) El análisis de los datos de la RENAVE permite afirmar que la incidencia de la tuberculosis en España está disminuyendo, aunque a un ritmo inferior al deseable para llegar a los objetivos de la eliminación de tuberculosis para 2050.
- 2) Las comunidades autónomas han notificado una ligera disminución en la proporción de tratamientos satisfactorios de los casos declarados durante 2015, al mismo tiempo que ha aumentado el porcentaje de casos cuyos resultados no han sido informados.
- 3) Para disminuir la incidencia en niños y la probabilidad de que desarrollen formas respiratorias no-pulmonares, es muy importante el estudio de contactos exhaustivo ante la aparición de casos de tuberculosis pulmonar en adultos, prestando especial atención a contactos familiares menores de 5 años y al control de brotes en centros escolares.
- 4) Las personas sin hogar y en centros penitenciarios presentan mayor riesgo de infección/enfermedad tuberculosa, por lo que se deberían reforzar las actividades de prevención y control de esta enfermedad en estos ámbitos.
- 5) La información acerca del estado de infección por VIH en los casos de tuberculosis es todavía mejorable. Resulta importante reforzar la recogida de estos resultados para poder valorar si esta falta de información se debe a la no realización del test en pacientes o a la infranotificación o pérdida de sus resultados.
- 6) Deben realizarse más esfuerzos en los sistemas de vigilancia de tuberculosis en España para conseguir una calidad y exhaustividad semejante entre las distintas comunidades y ciudades autónomas, que aún es variable, lo que hace que la comparación entre ellas pueda llevar a conclusiones erróneas.